RLISS du Nord-Est

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est

Travailler pour les gens du Nord, travailler avec les gens du Nord pour assurer la qualité des services de santé

Rapport annuel 2011-2012

Ontario

Réseau local d'intégration des services de santé

Table des matières

Message du président du conseil d'administration et de la directrice générale 4
Faits, statistiques et chiffres concernant la région du RLISS du Nord-Est 6
Conseil d'administration du RLISS du Nord-Est 7
Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS 8
Rapport sur les indicateurs de rendement en vertu de l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS 11
Participation communautaire 14
- Rencontres communautaires avec nos Autochtones, Premières Nations et Métis 14
- Rencontres communautaires avec notre population francophone 16

Plan de services de santé intégrés (PSSI) – Respecter les priorités locales et provinciales 17
- Stratégies et solutions concernant les autres niveaux de soins (ANS) 17
- Temps d'attente aux services des urgences (SU) 18
- Services de santé pour les Autochtones, Métis et Premières Nations 18
- Services de santé en français – une approche intégrée 20
- Services de santé mentale et de lutte contre les dépendances 20
- Stratégie de lutte contre le diabète 22
- Ressources humaines en santé 22
- Optimisation des services chirurgicaux 23

Activités d'intégration du RLISS du Nord-Est 25
Analyse du rendement opérationnel du RLISS 26
États financiers du Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est 27

RLISS du Nord-Est

555, rue Oak Est
3e étage
North Bay, ON
P1B 8E3

264, rue McNabb
2e étage
Sault Ste. Marie, ON
P6B 1Y6

865, rue Regent Sud
Bureau M-108
Sudbury, ON
P3E 3Y9

119, rue Pine Sud
Bureau 307
Timmins, ON
P4N 2K3

Téléphone : (705) 840-2872 Sans frais : 1 866 906-5446 Télécopieur : (705) 840-0142
Courriel : engagingwithyou@lhins.on.ca **www.nelhin.on.ca**

Photos en couverture :
À gauche : Gordon, client de la Société Alzheimer à Sudbury, reçoit l'aide de Pauline Fillion, travailleuse de la santé. **En haut à droite :** Rita Wemigwans, une cliente satisfaite du programme de jour mobile financé par le RLISS offert aux communautés de l'île Manitoulin. **En bas à droite :** Dorothy Lalic et Lucille Patry profitent de la serre au centre Parkside Older Adult à Sudbury.

ISSN 1918-0616 Rapport annuel de 2011-2012, Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est.

Grandes régions de planification du Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est

Cette carte illustre les grandes régions de planification du RLISS du Nord Est. Les limites ont été déterminées à l'aide des tendances d'acheminement des hôpitaux dans le RLISS

Message du président du conseil d'administration et de la directrice générale

Le rapport annuel de 2011-2012 décrit le travail accompli par le RLISS du Nord-Est pour dialoguer avec les gens du Nord afin d'améliorer l'accès aux soins dans le Nord-Est de l'Ontario au bon endroit et au bon moment.

Nous avons consacré beaucoup de temps et d'énergie à la participation communautaire durant l'année.

Nous avons apprécié les contributions multiples, profitables et réfléchies de centaines de personnes – membres de la communauté et fournisseurs de services de santé. Notre document *Rapport sommaire des séances de participation communautaire du RLISS du Nord-Est* de 2011 reflète les commentaires reçus concernant l'utilisation et la prestation des services de santé dans le Nord-Est de l'Ontario.

Tenant compte de la situation financière du moment et du Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé (30 janvier 2012), nous avons tenu d'autres séances de participation en février et en mars 2012 dans nos grandes régions de Cochrane et de Temiskaming pour lancer les efforts de réalignement destinés à améliorer les soins aux patients. Le travail de suivi et les séances de participation se poursuivront dans ces régions en 2012.

L'objectif global des séances de participation du RLISS est de faire en sorte que les gens du Nord soient entendus et aient voix au chapitre sur la création d'un système de santé local qui fournit de bons soins, au bon endroit, au bon moment et en tenant compte des coûts.

Voici quelques points saillants de l'exercice 2011/2012 :

Wally Wiwchar,
vice-président du conseil

Louise Paquette,
directrice générale

- Nous avons collaboré avec succès avec les partenaires du système de santé et les intervenants de notre grande région d'Algoma à l'établissement de fondements solides pour l'organisation mère d'Algoma – une intégration de 13 fournisseurs de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances et de plus de 100 services. L'organisation a maintenant son premier conseil d'administration et poursuit ses activités.
- Pour la première fois depuis de nombreuses années, le pourcentage de patients en attente d'ANS occupant des lits de soins actifs dans les quatre grands hôpitaux de la région a diminué de plus de 25 % à 11 %. Les efforts du RLISS en vue de diminuer le

pourcentage ont ciblé en grande partie les quatre grands hôpitaux urbains, car ils représentent près de 70 % des jours-patient dans le secteur des ANS dans la région.

- 21 535 patients ont été servis à l'aide de la télémédecine à 207 emplacements dans le RLISS, une hausse de 120 % par rapport à 2010. Le RLISS du Nord-Est compte 207 emplacements de télémédecine et est le plus important utilisateur de la télémédecine parmi les 14 RLISS de l'Ontario.

- Le Comité local des services de santé pour les Autochtones a renforcé son mandat et continué de conseiller le RLISS et son conseil d'administration sur les priorités en matière de services de santé au sein des communautés autochtones (Premières Nations, Métis, urbaines, rurales) et les possibilités d'intégration et de coordination des services de santé.

- Le RLISS a travaillé de concert avec le *Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario* pour organiser des séances de participation et les désignations d'organismes offrant des services en français ont grandement progressé dans la région.

- Le premier atelier sur la prévention et la gestion des maladies chroniques réunissant plus de 100 fournisseurs de services de première ligne a eu lieu à Sudbury en octobre.

- Les derniers centres d'évaluation des articulations du programme d'arthroplastie de la hanche et du genou du Nord-Est ont ouvert leurs portes dans la région. Ils sont situés au Centre régional de santé de North Bay, à l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie, à Horizon Santé-Nord à Sudbury, à l'Hôpital de Timmins et du district et au West Parry Sound Health Centre.

- Plus de 100 coordonnateurs de la télémédecine ont assisté à un colloque éducatif du Réseau Télémédecine Ontario animé par les RLISS du Nord-Est et du Nord-Ouest et le RTO.

Les résultats de nos séances de participation de 2011-2012, les priorités de notre PSSI et le *Plan de l'Ontario en matière de soins de santé* continueront de guider nos efforts centrés sur l'intégration, le réalignement et la création d'un système de soins plus axé sur le patient pour les gens du Nord.

Enfin, nous ajoutons quelques mots en souvenir de feu Randy Kapashesit, membre de longue date du conseil d'administration du RLISS du Nord-Est et président par intérim du conseil d'administration à partir de juin 2011 jusqu'à sa mort subite le 25 avril 2012. Randy, de Moose Factory, a travaillé d'arrache-pied pour améliorer la vie de gens d'horizons divers et des communautés. Il parlait toujours avec respect, candeur et compassion. Nous nous souviendrons de lui et de sa contribution solide au travail du RLISS du Nord-Est.

Wallace « Wally » Wiwchar
Vice-président du conseil

Louise Paquette
Directrice générale

Faits, statistiques et chiffres concernant la région du RLISS du Nord-Est

- 550 000 habitants; 60 % en milieu urbain, 40 % en milieu rural
- 17 % de gens âgés de 65 ans et plus (13 % pour l'Ontario); en 2030, 30 % (comparativement à 22 % pour l'Ontario)
- 10 % sont Autochtones.
- 24 % sont Francophones.
- Le RLISS du Nord-Est finance 186 fournisseurs de services de santé (25 hôpitaux, 42 foyers de soins de longue durée, le Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) du Nord-Est, 48 organismes de santé mentale et de lutte contre les dépendances, 71 services de soutien communautaire, six centres de santé communautaire).
- 27 équipes de santé familiale et trois centres de santé pour les Autochtones
- Le RLISS compte un pourcentage plus élevé de personnes atteintes de maladies chroniques que le reste de l'Ontario, notamment :
    - arthrite/rhumatisme – 24 % c.17 %;
    - asthme – 10 % c. 8 %;
    - hypertension – 23 % c. 17 %;
    - diabète – 7,2 % c. 6,4 %; en fait, dans certaines communautés des côtes de la baie James et de la baie d'Hudson, plus de la moitié des gens sont atteints de diabète;
    - le Nord-Est a une population décroissante (la population totale a diminué de 5 % depuis 1996), une population de 550 000 personnes disséminée sur un territoire de 400 000 kilomètres carrés et un nombre restreint de professionnels de la santé pour dispenser les services. Outre les maladies chroniques, le profil sanitaire des gens du Nord affiche une longue liste de moyennes supérieures à la province. Celle-ci inclut un plus grand nombre de personnes toxicomanes et de personnes obèses.
- Le RLISS du Nord-Est compte 37 employés à temps plein travaillant dans des bureaux communautaires situés à North Bay, Sudbury, Timmins et Sault Ste. Marie.

Frank Laila profite du soleil de printemps septentrional à Sudbury.

Conseil d'administration du RLISS du Nord-Est

Notre conseil d'administration est un conseil actif composé de membres enthousiastes et travailleurs ayant une expertise variée.

Les membres de notre conseil représentent les communautés que nous servons au sein de notre équipe de gouvernance et lorsque nous rechercherons de nouveaux administrateurs nous continuerons de chercher ce vaste éventail de compétences et d'expertise.

Wallace « Wally » Wiwchar
Timmins
Vice-président
Mandat : du 9 fév. 2011 au 8 fév. 2014

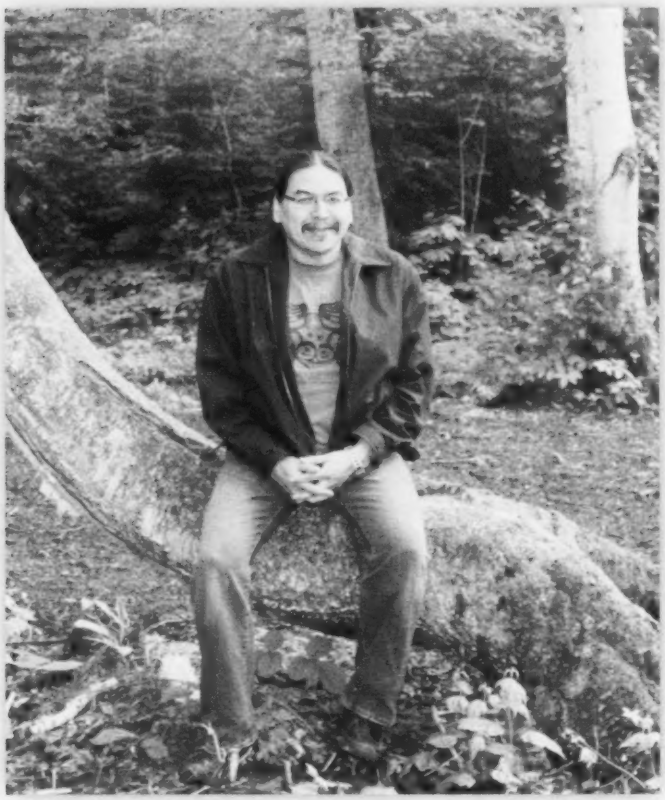
Cecilia Bruno
Sault Ste. Marie
Mandat : du 1er juin 2011 au 31 mai 2014

Dr Ian Cowan
North Bay
Mandat : du 10 fév. 2010 au 9 fév. 2013

Dr Colin Germond
Sudbury
Mandat : du 21 avril 2010 au 20 avril 2013

Leah Welk
Parry Sound
Mandat : du 24 sept 2008 au 22 sept. 2012

Danielle Bélanger-Corbin
Temiskaming Shores
Mandat : du 29 sept. 2010 au 28 sept. 2013



Randy Kapashesit, de Moose Factory, était un membre de longue date du conseil du RLISS du Nord-Est. Son mandat a débuté le 20 septembre 2006. Il a été président par intérim du conseil du 1er juin 2011 au 25 avril 2012, jour où il est mort subitement. Randy était un homme passionné qui assumait de nombreuses fonctions, notamment celle de chef du conseil Mocreebec de la nation crie. Orateur éloquent et passionné, il a travaillé d'arrache-pied pour améliorer la vie de gens d'horizons divers et des communautés. Il manque à beaucoup de monde.

Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS

L'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS définit la relation entre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) et le RLISS du Nord-Est en ce qui a trait à la prestation de programmes et de services de santé à l'échelle locale. Elle pose les fondements d'une compréhension mutuelle et énonce les indicateurs de rendement applicables à une période de temps définie.

Il importe de noter que la dernière colonne du tableau est une estimation au moment de mettre sous presse, car les résultats du dernier trimestre de l'exercice 2011-2012 n'étaient pas encore connus. Les résultats préliminaires indiquent un changement favorable à plusieurs indicateurs attribuable à la mise en œuvre complète des initiatives du RLISS du Nord-Est, mais ne pouvaient pas être inclus au moment de mettre sous presse. Pour un rapport d'étape actualisé sur les indicateurs, prière de communiquer avec le RLISS du Nord-Est ou de parcourir www.nelhin.on.ca.

	Indicateur de rendement	Valeur de départ du RLISS 2011-2012	Cible de rendement du RLISS 2011-2012	Rendement du RLISS pour le plus récent trimestre de 2011-2012	Écart de la cible pour le résultat du plus récent trimestre*	Résultat annuel du RLISS pour l'exercice 2011-2012
Service des urgences/autres niveaux de soins						
1	Pourcentage de journées consacrées aux autres niveaux de soins (ANS) – par RLISS ou établissement***	33 %	17 %	25 %	47,5 %	32 %
Des progrès ont été réalisés en 2011-2012; 27 000 jours consacrés aux ANS ont été éliminés du système entre le 1er et le 3e trimestre. On a mis l'accent sur l'élargissement des services suivants : Chez soi avant tout, services d'aide à la vie autonome, planification intégrée des congés, lits d'évaluation et de rétablissement. On a également renforcé la capacité des soins dispensés aux aînés et aux aînés frêles à l'extérieur de l'hôpital. Ces efforts se poursuivront en 2012-2013 et seront renforcés à l'aide d'un soutien additionnel pour les patients manifestant des troubles du comportement, de responsables de cas dans des équipes de santé familiale sélectionnées et du nouveau mandat du RLISS concernant la planification des soins primaires.					
2	Durée du séjour à l'urgence pour les patients admis – 90e percentile	28	23,5	28	19 %	27
La durée du séjour à l'urgence pour les patients admis s'est améliorée en 2011-2012. Neuf des dix emplacements surveillés ont enregistré un séjour à l'urgence inférieur à 25 heures. Le nombre élevé de patients en attente d'ANS à Sudbury et à Timmins aux périodes de pointe a contribué au temps d'attente plus long qui a été signalé.						
3	Durée du séjour à l'urgence des patients non admis ayant des troubles complexes (I-III sur l'ETG) – 90e percentile	7	6,5	7	13 %	7
La durée du séjour au SU pour les patients non admis ayant des troubles complexes est restée stable durant l'année. Les patients ayant des troubles complexes appartiennent aux niveaux I à III de l'ETG et se présentent à l'urgence pour des affections virtuellement mortelles ou des problèmes de santé urgents. Neuf des dix emplacements surveillés ont enregistré un séjour à l'urgence inférieur à sept heures. Le nombre élevé d'admissions aux ANS et au SU à Sudbury, particulièrement, a contribué à une augmentation des temps d'attente.						
4	Durée du séjour à l'urgence des patients non admis ayant des troubles mineurs non	4	4	4	10 %	4

	compliqués (IV-V sur l'ETG) – 90e percentile					
La durée du séjour au SU pour les patients non admis ayant des troubles mineurs est restée stable durant l'année. Les patients ayant des troubles mineurs appartiennent aux niveaux IV ou V de l'ETG et se présentent à l'urgence pour des problèmes de santé non urgents, notamment une fièvre basse, le retrait de points de suture, etc. Sept des onze emplacements surveillés ont enregistré un séjour à l'urgence inférieur à quatre heures.						
Temps d'attente pour une chirurgie						
5	Temps d'attente pour la chirurgie du cancer – 90e percentile	62	48	65	35 %	61
Les temps d'attente pour une chirurgie du cancer sont restés relativement stables en 2011-2012.						
6	Temps d'attente pour un pontage coronarien – 90e percentile	62	49	29	-41 %	31
Les temps d'attente pour les pontages coronariens se sont considérablement améliorés en 2011-2012 grâce à l'ajout d'un chirurgien et aux améliorations apportées à la circulation des patients à Horizon Santé-Nord à Sudbury.						
7	Temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte – 90e percentile	125	125	159	27 %	156
Les temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte ont augmenté en 2011-2012 par suite de l'augmentation des volumes (demande). Avant la fin de l'exercice, le RLISS a réaffecté des volumes aux emplacements chirurgicaux et augmenté la capacité pour diminuer les pressions.						
8	Temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche – 90e percentile	301	215	332	54 %	306
Les temps d'attente ont légèrement augmenté en 2011-2012. Tous les emplacements sauf Timmins ont atteint leurs volumes (Timmins n'a pu atteindre ses volumes par suite de l'indisponibilité des chirurgiens). Le RLISS a assigné des volumes additionnels pour diminuer les pressions au quatrième trimestre.						
9	Temps d'attente pour l'arthroplastie du genou – 90e percentile	426	300	367	22 %	402
Les temps d'attente ont diminué en 2011-2012. Tous les emplacements sauf Timmins (par suite de problèmes d'approvisionnement chirurgical) ont atteint leurs volumes et le RLISS a assigné des volumes additionnels au quatrième trimestre. L'amélioration des temps d'attente est tributaire de volumes additionnels pour le RLISS du Nord-Est et du recrutement de chirurgiens (Timmins).						
Temps d'attente pour un examen diagnostique						
10	Temps d'attente pour un examen diagnostique par IRM - 90e percentile	105	80	75	-6 %	106
Les temps d'attente pour un examen par IRM se sont améliorés en 2011-2012 grâce à l'ajout du premier appareil d'IRM à North Bay en mai 2011. On s'attend à ce que les temps d'attente continuent de s'améliorer grâce à ce nouvel appareil, mais la demande d'IRM continue d'augmenter, car elle reste la méthode diagnostique de choix des cliniciens.						
11	Temps d'attente pour un examen diagnostique par tomodensitométrie – 90e percentile	33	33	27	-18 %	29
Les temps d'attente pour un examen par tomodensitométrie se sont améliorés en 2011-2012 et l'on s'attend à ce qu'ils restent entre 28 et 30 jours en 2012-2013.						

Excellence des soins pour tous/qualité						
12	Réadmission dans un délai de 30 jours pour des groupements de maladies analogues sélectionnées**	17 %	14 %	16 %	14 %	16 %
Le rendement s'est légèrement amélioré. Des initiatives à Sudbury, notamment la clinique pour insuffisance cardiaque globale et l'unité des soins de transition, s'adressent à ce groupe de patients et devraient entraîner une réduction des réadmissions à l'hôpital. Les responsables de cas d'équipes de santé familiale sélectionnées accéléreront l'identification des aînés frêles et la planification de leur traitement.						
Santé mentale et abus d'alcool et autres drogues						
13	Visites à l'urgence non planifiées répétées dans un délai de 30 jours pour des troubles mentaux**	19 %	18 %	18 %	-0,3 %	18 %
Le rendement au quatrième trimestre a atteint la cible. Les initiatives mises en œuvre au quatrième trimestre de 2011-2012, notamment un conseiller en toxicomanie au SU d'Horizon Santé-Nord, un soutien par les pairs au SU du Centre régional de santé de North Bay, un responsable de cas au SU de l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie et l'accès à des heures additionnelles pour les lits « sûrs » destinés aux patients en sevrage à Timmins, contribueront à diminuer les visites répétées inutiles au SU en 2012-2013.						
14	Visites à l'urgence non planifiées répétées dans un délai de 30 jours pour des problèmes dus à l'abus d'alcool et d'autres drogues**	30 %	27 %	30 %	10 %	26 %
Le rendement à la fin de l'exercice se rapprochait de la cible. Les initiatives mises en œuvre au quatrième trimestre de 2011-2012, notamment un conseiller en toxicomanie au SU d'Horizon Santé-Nord, un soutien par les pairs au SU du Centre régional de santé de North Bay, un responsable de cas au SU de l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie et l'accès à des heures additionnelles pour les lits « sûrs » destinés aux patients en sevrage à Timmins, contribueront à diminuer les visites répétées inutiles au SU en 2012-2013.						
Accès aux soins communautaires						
15	Temps d'attente au 90e percentile pour les services de soins à domicile du CASC entre la demande en milieu communautaire et le premier service du CASC (gestion de cas exclue)	73	66	61	-7 %	56
Le rendement était inférieur à la cible pour 2011-2012 et cette tendance se poursuivra en 2012-2013, car on met l'accent sur le renforcement de la capacité communautaire dans la région pour prendre soin des gens à l'extérieur de l'hôpital. Le CASC du Nord-Est met en œuvre des lignes directrices normalisées pour les services de réadaptation (qui sont un secteur clé pour l'amélioration du rendement).						

** Un pourcentage négatif signifie que le RLISS est en deçà de sa cible.

** Les données pour l'exercice 2011-2012 portent sur les quatre derniers trimestres (3e trimestre de 2010-2011 et 2e trimestre de 2011-2012) pour des questions d'accessibilité.

*** Les données pour l'exercice 2011-2012 portent sur les quatre derniers trimestres (4e trimestre de 2010-2011 et 3e trimestre de 2011-2012) pour des questions d'accessibilité.

Rapport sur les indicateurs de rendement en vertu de l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS

Il importe de mentionner que le tableau précédent indique le rendement estimatif au moment de la préparation de ce document (mai 2012). Il souligne plusieurs domaines d'amélioration concernant les temps d'attente des patients et les objectifs de rendement atteints par le RLISS du Nord-Est.

Histoires de réussite : Les temps d'attente pour plusieurs interventions se sont améliorés par rapport à l'exercice précédent – les temps d'attente pour un pontage coronarien étaient les deuxièmes parmi les plus bas à l'échelle de la province, les temps d'attente pour un examen par tomodensitométrie étaient très inférieurs à la cible, les temps d'attente pour un examen par IRM ont diminué, les temps d'attente pour une arthroplastie du genou se sont améliorés grâce à l'ouverture de centres d'évaluation des articulations financés par le RLISS.

Autres niveaux de soins (ANS) : Beaucoup de progrès ont été réalisés en 2011-2012; 27 000 jours consacrés aux ANS ont été éliminés du système entre le 1er et le 3e trimestre. Le RLISS du Nord-Est a focalisé les initiatives suivantes pour diminuer les taux de patients en attente d'ANS : Chez soi avant tout, services d'aide à la vie autonome, planification intégrée des congés, lits d'évaluation et de rétablissement. Les efforts se poursuivront en 2012-2013 et seront renforcés à l'aide d'un soutien pour les patients manifestant des troubles du comportement, de responsables de cas dans des équipes de santé familiale sélectionnées et l'intégration continue des soins primaires dans la planification du RLISS.

Service des urgences (SU) : La durée du séjour à l'urgence pour les patients admis s'est améliorée en 2011-2012. Neuf des dix emplacements surveillés ont enregistré un séjour à l'urgence inférieur à 25 heures. Le nombre élevé de patients en attente d'ANS à Sudbury et à Timmins, en particulier, a entravé la circulation des patients et exacerbé les temps d'attente. Une vigilance continue en 2012-2013 améliorera les temps d'attente pour les patients admis au SU. La durée du séjour au SU pour les patients non admis ayant des troubles complexes est restée stable durant l'année. Neuf des dix emplacements surveillés ont enregistré un séjour à l'urgence inférieur à la cible provinciale de sept heures. Le nombre élevé d'admissions aux ANS et au SU à Sudbury, particulièrement, a contribué au manque d'amélioration en 2011-2012. La durée du séjour au SU pour les patients non admis ayant des troubles mineurs est restée stable durant l'année. Sept des onze emplacements surveillés ont enregistré un séjour à l'urgence inférieur à la cible provinciale de quatre heures. La circulation des patients aux SU de Sudbury et de Timmins a contribué au rendement sur le plan de la durée du séjour. L'amélioration des ANS et la réduction des admissions au SU, particulièrement à Sudbury, diminueront la durée du séjour au SU pour les patients non admis ayant des troubles mineurs en 2012-2013. Le RLISS du Nord-Est travaille étroitement avec Horizon Santé-Nord et ses partenaires communautaires pour diminuer la durée des séjours à l'urgence à Sudbury. On anticipe que ces efforts réduiront le surpeuplement à l'urgence, améliorant ainsi le rendement sur le plan des temps d'attente.

Temps d'attente pour une chirurgie

Chirurgie du cancer : Les temps d'attente pour une chirurgie du cancer sont restés relativement stables en 2011-2012. L'arrivée de nouveaux chirurgiens (urologie, oto-rhino-laryngologie) à Sault Ste. Marie a entraîné une augmentation des temps d'attente dans cette communauté, car auparavant les patients étaient envoyés à l'extérieur de la ville pour recevoir les soins spécialisés requis. Les temps d'attente pour une chirurgie du cancer sont considérés comme un secteur prioritaire pour l'obtention de meilleurs résultats à Sault Ste. Marie en 2012-2013 et cela entraînera une réduction des temps d'attente. On s'attend à ce que les temps d'attente à Sudbury diminuent en 2012-2013. La nomination d'un responsable de la participation communautaire et des médecins par le Centre régional de cancérologie contribuera à normaliser la priorisation des patients dans le RLISS et mènera à une amélioration du rendement sur le plan des temps d'attente.

Chirurgie du cœur : Les temps d'attente pour les pontages coronariens se sont considérablement améliorés en 2011-2012 grâce à l'ajout d'un chirurgien et à l'alignement de la circulation des patients à Horizon Santé-Nord à Sudbury.

Chirurgie de la cataracte : Les temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte ont augmenté en 2011-2012 par suite du volume (de la demande). Tous les emplacements chirurgicaux ont répondu à la demande avec la capacité additionnelle disponible. On s'attend à ce que la diminution de 10 % des volumes pour 2012-2013 entraîne une augmentation des temps d'attente. Le RLISS continuera de faire pression sur le MSSLD pour obtenir des volumes additionnels.

Arthroplasties de la hanche : Les temps d'attente ont progressé légèrement en 2011-2012. Tous les emplacements sauf Timmins (par suite de problèmes d'approvisionnement chirurgical) ont atteint leurs volumes et le RLISS a assigné des volumes additionnels au quatrième trimestre. L'amélioration des temps d'attente dans le RLISS du Nord-Est est tributaire de volumes additionnels et du recrutement de chirurgiens (Timmins). Le RLISS continuera de faire pression sur le MSSLD pour obtenir des volumes additionnels. En 2011-2012, il a mis en place cinq centres d'évaluation des articulations, un dans chacun des centres de chirurgie orthopédique.

Les centres d'évaluation des articulations permettent aux patients d'avoir accès à un physiothérapeute de pratique avancée qui effectue des évaluations exhaustives et conseille le chirurgien sur le meilleur traitement. En 2011 2012, 1 500 patients ont été évalués et jugés aptes à subir un traitement conservateur, ce qui a évité une intervention et permis aux chirurgiens de se consacrer aux patients destinés à subir une intervention. En outre, les centres d'évaluation des articulations ont permis aux patients d'opter pour le prochain chirurgien libre dans le RLISS. En 2011-2012, 477 patients ont choisi cette option.

Arthroplasties du genou : Les temps d'attente ont diminué en 2011-2012. Tous les emplacements sauf Timmins (par suite de problèmes d'approvisionnement chirurgical) ont atteint leurs volumes et le RLISS a assigné des volumes additionnels au quatrième trimestre. L'amélioration des temps d'attente est tributaire de volumes additionnels pour le RLISS du Nord-Est et du recrutement de chirurgiens (Timmins). Le RLISS continuera de faire pression sur le MSSLD pour obtenir des volumes additionnels.

La mise en œuvre de centres d'évaluation des articulations, mentionnée précédemment (arthroplasties du genou), a également rendu énormément service aux gens du Nord qui ont des problèmes de genou.

Examens par IRM : Les temps d'attente pour un examen par IRM se sont améliorés en 2011-2012 grâce à l'ajout du premier appareil d'IRM à North Bay en mai 2011. Au quatrième trimestre de 2011-2012, le RLISS a atteint sa cible de rendement de 80 jours (le temps d'attente réel était de 75 jours). On s'attend à ce que les temps d'attente actuels de 75 à 80 jours se maintiennent en 2012-2013. Il y a une capacité additionnelle non financée à Sault Ste. Marie, Timmins et North Bay. La demande d'IRM continue d'augmenter, car elle reste la méthode diagnostique de choix des cliniciens.

Examens par tomodensitométrie : Les temps d'attente pour un examen par tomodensitométrie se sont améliorés en 2011-2012 et l'on s'attend à ce qu'ils restent entre 28 et 30 jours en 2012-2013.

***Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*/qualité :** Le rendement s'est légèrement amélioré. Des initiatives à Sudbury, notamment l'unité des soins de transition, s'adressent aux patients atteints d'une insuffisance cardiaque globale et d'une bronchopneumopathie chronique obstructive et devraient entraîner une réduction des réadmissions à l'hôpital. Les responsables de cas d'équipes de santé familiale sélectionnées accéléreront l'identification des aînés frêles et la planification de leur traitement.

Santé mentale/abus d'alcool et d'autres drogues : Le rendement concernant les visites répétées au SU au quatrième trimestre a atteint la cible. Le rendement concernant les visites répétées au SU attribuables à l'abus d'alcool et autres drogues a atteint la cible pour l'exercice. Les initiatives mises en œuvre au quatrième trimestre de 2011-2012 contribueront à diminuer les visites répétées inutiles au SU en 2012-2013. Ce sont, notamment : un soutien pour les personnes toxicomanes au SU (Sudbury), un soutien par les pairs au SU (North Bay), la gestion de cas au SU (Sault Ste. Marie), l'accès à des heures additionnelles pour les lits « sûrs » (Timmins) et la mise en œuvre d'une ligne de régionale de réconfort. De plus, un centre d'intervention en cas de crise communautaire au centre-ville (Sudbury) au 1er trimestre de 2012-2013 permettra d'acheminer les personnes en situation de crise qui arrivent à l'urgence.

Accès aux soins communautaires : Le rendement était inférieur à la cible pour 2011-2013 et cette tendance se poursuivra en 2012-2013, mais l'accent sur le soutien aux ANS dans les hôpitaux fait pression sur le CASC pour qu'il atteigne les cibles communautaires. Le CASC du Nord-Est met en œuvre des lignes directrices normalisées pour les services de réadaptation qui sont un secteur clé pour l'amélioration du rendement. Une pénurie de professionnels de la réadaptation dans les petites communautés contribue à l'augmentation des temps d'attente.

Participation communautaire

Le RLISS du Nord-Est est redevable aux contributions du public comme le reflète son *Plan annuel de communications et de participation communautaire*. Le plan décrit comment le RLISS du Nord-Est entend :

- Dialoguer avec les intervenants et les membres du public et associer leurs efforts à son processus décisionnel.
- Sensibiliser les communautés du Nord-Est aux enjeux du système de santé grâce à l'échange d'information.
- Identifier les points de discussion d'intérêt commun.
- Évaluer l'efficacité des activités de participation communautaire.

Ce plan fournit une structure qui intègre les éléments de participation communautaire au travail du RLISS et prévoit la souplesse voulue pour incorporer les opportunités de participation communautaire qui se présentent durant l'année. En 2011-2012, le RLISS a tenu des séances de participation communautaire exhaustives auxquelles ont participé des milliers de résidents du Nord. Les renseignements recueillis durant l'année ont directement contribué aux domaines d'intérêt du RLISS pour 2012 et sont énoncés dans le premier Rapport à nos communautés 2012 du RLISS.

Ce plan annuel est complété par l'utilisation du Guide de mobilisation des médecins de soins primaires affiché sur notre page Web sur la participation communautaire. Le responsable des soins primaires du RLISS contribuera à l'organisation de rencontres et d'intégrations en soins primaires en 2012-2013. En outre, le RLISS continuera de travailler en collaboration avec l'Ontario Medical Association (OMA) pour distribuer du matériel sur les projets aux fournisseurs de soins primaires.

Les activités de participation tenues au dernier trimestre de 2012 ont également tenu compte de la nécessité de renouveler le système comme l'indique Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé.

Rencontres communautaires avec nos Autochtones, Premières Nations et Métis

Le conseil d'administration du RLISS du Nord-Est est déterminé à poursuivre un processus de participation avec les communautés et les fournisseurs de services de santé des Autochtones, des Premières Nations et des Métis. Le processus de participation respecte la langue, le statut de nation, la culture et les croyances spirituelles.

Le dialogue avec les communautés et les fournisseurs de services de santé autochtones se poursuit continuellement dans la région. Le RLISS du Nord-Est focalise le renforcement de la capacité et la viabilité des services de santé actuels qui dégageront de meilleurs résultats pour l'état de santé de cette population.

L'équipe des Autochtones, Métis et Premières Nations du RLISS a focalisé trois rencontres communautaires régionales clés en 2011/2012 :

- **Comité local des services de santé pour les Autochtones** – Les membres du Comité ont tenu une réunion d'une journée à Sudbury avec l'équipe des Autochtones, Métis et Premières Nations, la directrice générale du RLISS et le président du conseil d'administration. Le comité se compose de représentants de chacune des grandes régions de planification du RLISS. Le dialogue a porté sur les priorités de planification des communautés des Premières Nations pour l'exercice en cours.

- **Évaluation commune des services de soutien communautaire** – En novembre 2011, le RLISS et les fournisseurs de services de santé autochtones ont participé à une séance de deux jours axée sur la mise en œuvre de l'InterRAI CHA et du Dossier d'évaluation médicale intégré (DEMI). Les participants ont acquis une meilleure compréhension de l'outil d'évaluation et ont présenté des commentaires et un contexte culturel au regard de l'application de cet outil dans le secteur des SSC et les communautés des Premières Nations.

- **Séance d'information sur le FISS** – L'équipe autochtone du RLISS a assisté aux séances d'information sur le Fonds d'intégration des services de santé (FISS) tenues à Toronto et à Thunder Bay par le gouvernement fédéral en association avec la province. Les séances ont mené à des discussions préliminaires sur l'intégration entre les Premières Nations et les partenaires provinciaux et fédéraux.

Maude Tyrer et Louise Paquette, directrice générale du RLISS du Nord-Est, parlent des services de santé à l'Elders Gathering Place à Moosonee.

À la suite des recommandations d'un groupe de travail autochtone sur l'Évaluation commune des besoins en Ontario (ÉCBO), un comité de validation du soutien autochtone a été mis sur pied en 2011 pour évaluer l'ÉCBO et sa pertinence culturelle pour les populations autochtones. Les activités autochtones relatives à l'ÉCBO comprennent : du matériel de formation, notamment des études de cas; des classeurs de formation; des dépliants pour les usagers; un expert en éducation autochtone qui offre une formation et un soutien; et un expert du domaine des Autochtones qui traite des enjeux du paysage et des questions autochtones. Le projet de validation a pris fin en mars 2012 et le groupe de travail autochtone sur l'ÉCBO rédige actuellement son rapport définitif et ses recommandations.

Rencontres communautaires avec notre population francophone

Le RLISS du Nord-Est a élaboré un plan d'action commune pour 2011-2012 avec l'entité de planification des services de santé en français (l'entité) – le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario. Un groupe de travail opérationnel, composé des coordonnatrices des services en français et des agents de planification du Réseau, a été créé pour collaborer aux activités et initiatives de participation communautaire et aux priorités du plan d'action.

À la fin de 2011, l'entité a présenté son premier rapport consultatif au RLISS. Ce rapport comprenait un plan de participation communautaire. Conformément à l'entente de financement et de responsabilisation entre le Réseau et les RLISS du Nord-Est et du Nord-Ouest, un comité de liaison a été établi et les trois organismes y sont représentés au niveau de la direction.

En 2011-2012, l'entité a participé aux séances de participation communautaire animées par le RLISS; une des séances a été organisée pour le secteur de la santé mentale à Algoma. En février-mars 2012, l'entité a participé activement aux consultations sur le réalignement tenues dans les grandes régions de Cochrane et de Temiskaming.

L'entité a établi des Carrefours santé dans le Nord-Est qui l'aideront à recueillir le point de vue des Francophones sur le système de santé local et à renforcer la participation de la communauté francophone.

Les aînés Yvette Plante, Aline Seguin, Denise Bundy et Gery Berthelot jouent aux cartes au Centre de santé communautaire du Grand Sudbury.

Plan de services de santé intégrés (PSSI) – Respecter les priorités locales et provinciales

Stratégies et solutions concernant les autres niveaux de soins (ANS)

Les patients en attente d'ANS sont des personnes occupant des lits d'hôpitaux qui seraient mieux traitées dans un autre milieu, notamment un foyer de soins de longue durée, un centre de réadaptation ou leur propre domicile. L'élargissement des soins à domicile et des services communautaires permet à ces patients de quitter l'hôpital plus tôt, ce qui libère des lits pour les patients qui attendent d'être hospitalisés.

Ces dernières années, le RLISS du Nord-Est a affiché le taux d'ANS le plus élevé de la province, mais la tendance commence nettement à changer. Alors que près de 41 % des journées de soins actifs servaient à d'autres niveaux de soins au dernier trimestre de 2010-2011, ce taux a diminué à 24,3 % au troisième trimestre de 2011-2012 (nota – les jours sont accumulés selon les congés de patients). La surveillance hebdomadaire interne des patients en attente d'ANS occupant des lits de soins actifs effectuée par le RLISS révèle que le taux avoisine 17 % pour les 24 hôpitaux généraux de la région – ce qui est la cible de rendement du RLISS pour cet indicateur. Les centres hospitaliers des quatre grandes régions ont affiché en moyenne 10 % de patients en attente d'ANS occupant des lits de soins actifs en 2011-2012.

Amanda Deforge travaille avec Ermida Rossi, cliente du programme de jour pour adultes de la Société Alzheimer de Sudbury-Manitoulin. Grâce au plan d'action de soutien en cas de troubles du comportement du RLISS du Nord-Est, les sociétés Alzheimer de Timmins, Sault Ste. Marie, North Bay et Sudbury ont reçu des fonds pour embaucher un animateur spécialisé en comportement réactif.

Points saillants des activités axées sur les ANS dans le Nord-Est en 2011-2012 :

- Une visite dans la région du Dr David Walker et de son équipe d'action provinciale sur les ANS en juin pour rencontrer divers hôpitaux et fournisseurs de services de santé pour examiner et améliorer notre approche à l'égard des ANS.
- L'élaboration et la mise en œuvre d'une nouvelle structure de gouvernance et de responsabilisation en matière d'ANS dans le Nord-Est qui assurera la conformité de l'approche, de la stratégie, des priorités et des résultats à l'échelle de la région relativement aux principales initiatives centrées sur les SU/ANS.

- Des investissements dans la mise en œuvre ou l'élargissement de programmes de meilleures pratiques pour alléger les pressions dues aux ANS :
    - Chez soi avant tout / planification intégrée des congés et postes d'intervenants pivots pour les services de soutien communautaire dans les communautés hospitalières des quatre grandes régions
    - Prestation de ressources dans la région pour venir en aide aux pensionnaires des foyers de soins de longue durée manifestant des troubles du comportement
    - Nouveaux programmes d'évaluation / de rétablissement à North Bay et Timmins
    - Renforcement des services d'aide à la vie autonome pour les aînés et des services de soins à domicile du CASC
    - Mise en place de responsables de cas du CASC dans les services des urgences et les équipes de santé familiale
    - Mise en œuvre des télésoins à domicile pour prendre soin des personnes à l'extérieur de l'hôpital grâce à la technologie
    - Soins de transition pour protéger les services de soins actifs.

Le RLISS du Nord-Est a maintenu qu'aucun organisme ni particulier ne résoudra à lui seul le problème complexe et de longue date des ANS. En 2011-2012, il a continué de travailler en association avec les fournisseurs de services de santé et les dirigeants communautaires pour atteindre un objectif commun : moins de patients en attente d'ANS dans les lits d'hôpitaux, la prestation de soins aux aînés dans le milieu approprié et un plus grand nombre de services de soins à domicile.

Temps d'attente aux services des urgences (SU)

En 2011-2012, les temps d'attente dans les services des urgences (SU) du Nord-Est, aussi bien pour les patients non admis ayant des troubles complexes et les patients non admis ayant des troubles mineurs/non compliqués, atteignaient ou presque la cible du RLISS pour ces indicateurs (c.-à-d. 90 % des cas renvoyés dans un délai de 6,5 et 4 heures respectivement). Dans certaines communautés, le temps d'attente pour les patients admis qui requièrent un lit d'hôpital reste élevé – plus de 24 heures dans certains cas. Les quatre grands hôpitaux de la région ont participé au Programme de financement axé sur les résultats en 2011-2012, ce qui leur a permis de mettre en œuvre des programmes innovants destinés à améliorer le rendement de l'urgence. Mentionnons, à titre d'exemple, une unité de court séjour à Sudbury, une unité de décision clinique à Sault Ste. Marie et des infirmières préposées à l'admission des malades à l'hôpital / intervenants pivots à North Bay et Timmins. Le travail en vue de diminuer les temps d'attente, particulièrement à Horizon Santé-Nord à Sudbury, se poursuivra en 2012-2013.

Services de santé pour les Autochtones, Métis et Premières Nations

De la gouvernance du RLISS du Nord-Est à la haute direction et au personnel, la participation et l'orientation des Autochtones, Métis et Premières nations sont enchâssées dans la structure organisationnelle du RLISS. Une directrice principale et deux agentes à temps plein administrent la planification, le financement et les activités d'intégration du portefeuille autochtone.

Le Comité local des services de santé pour les Autochtones du RLISS du Nord-Est présente au conseil d'administration des recommandations concernant les priorités en matière de services de santé et les possibilités d'intégration au sein des communautés autochtones, des Métis et des Premières Nations en milieu urbain et rural.

L'analyse de l'état de santé et du contexte pour les Autochtones, Métis et Premières Nations dans le Nord-Est de l'Ontario, effectuée en mars 2011, est une source d'information précieuse qui oriente les activités de planification du Comité local des services de santé pour les Autochtones.

Le comité consultatif des professionnels de la santé du RLISS a nommé deux membres autochtones pendant l'année. Ces nouveaux membres représentent des professions médicales, des secteurs de la santé et des régions géographiques du RLISS et présentent des conseils à l'appui du travail du conseil et du personnel du RLISS et des autres membres du comité.

Le comité se réunit au moins quatre fois l'an. En novembre, il a tenu une séance communautaire d'une journée pour discuter des priorités de santé et de ses prochaines activités. Les membres ont examiné le cadre pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances du RLISS et choisi quatre mesures à prendre en priorité en 2012-2013 :

- Créer des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances uniformes et intégrés pour les Autochtones. À cette fin, on doit renforcer l'intégration des services dans les secteurs suivants : guérison traditionnelle autochtone, santé mentale et lutte contre les dépendances, soins primaires, services provinciaux et fédéraux et organismes de services autochtones et conventionnels.

- Renforcer l'intégration des approches traditionnelles autochtones et cliniques. On encouragera, appuiera et concevra des mécanismes visant à appuyer l'intégration des approches traditionnelles et cliniques, suivant le cas et en partenariat avec les communautés autochtones et les organismes de services.

Louise Paquette, directrice générale du RLISS du Nord-Est, s'entretient avec Margaret Wabano, 108 ans, et le traducteur cri Greg Spence à Moose Factory en février 2012. Margaret s'apprêtait à recevoir son congé de l'hôpital et, comme la plupart des aînés du Nord-Est, elle avait hâte de rentrer chez elle. Elle se réjouissait aussi de passer du temps avec ses amis à l'Elders Gathering Place.

- Augmenter le partage du savoir et l'accès à l'information grâce à la mise en œuvre d'un programme concernant les renseignements et les données sur la santé des Autochtones, Métis et Premières Nations, extrayant l'information des ensembles de données actuels afin d'élaborer de nouvelles bases de données et des ententes de partage des données.

- Appuyer l'élaboration de mécanismes de planification appropriés en créant une table de planification autochtone dans le secteur de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances. Elle aura pour tâche de créer et de surveiller les systèmes et l'intégration des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour les Autochtones dans le Nord-Est de l'Ontario.

Services de santé en français – une approche intégrée

Le RLISS du Nord-Est compte actuellement 36 fournisseurs de services de santé (FSS) officiellement désignés en vertu de la *Loi sur les services en français* et a identifié 68 FSS qui travailleront en vue de mettre en œuvre des services en français.

En 2011/2012, le RLISS a accepté et approuvé les demandes de désignation en vertu de la *Loi sur les services en français* de trois FSS dans le secteur de la santé communautaire. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée traite actuellement ces demandes. L'équipe des services en français du RLISS aide actuellement quatre autres FSS à élaborer leur plan de désignation.

Afin d'assurer et de mesurer l'amélioration continue de la qualité, de l'accessibilité et de l'intégration des services en français au sein des organismes fournisseurs de services de santé, le RLISS du Nord-Est a perfectionné le processus de responsabilisation en matière de services en français. À l'heure actuelle, un indicateur de rendement portant sur les services en français est inclus dans l'entente de responsabilisation en matière de services multisectoriels de 2011-2014 de 104 FSS.

L'équipe des services en français du RLISS continue de travailler avec les cinq centres de santé communautaire (CSC) bilingues et francophones pour mettre en œuvre un plan d'action commun et traiter les enjeux et les possibilités dans le secteur en mettant l'accent sur l'intégration. Ce plan améliorera l'accès au secteur des soins primaires pour les Francophones et misera sur les prochaines initiatives avec le nouveau responsable des soins primaires du RLISS. Les CSC ont manifesté un vif intérêt à l'égard d'une participation active à la réforme des soins primaires dans le Nord-Est ontarien.

Services de santé mentale et de lutte contre les dépendances

Le RLISS du Nord-Est a mis en œuvre diverses initiatives visant à diminuer les visites répétées des usagers des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances aux services des urgences (SU) des hôpitaux. Ce sont :

- Financer un nouveau responsable de cas en toxicomanie et un fournisseur de services communautaires de lutte contre les dépendances au SU de Sudbury pour aider le personnel à évaluer et à réacheminer les usagers.
- Financer un organisme d'usagers de services de santé mentale pour doter le SU du Centre régional de santé de North Bay de préposés à l'entraide.
- Financer un lit sûr au Centre Jubilee à Timmins pour diminuer les pressions sur le SU de l'Hôpital de Timmins et du district.
- Financer un responsable de cas en santé mentale à Santé publique Algoma qui travaillera à partir du SU de l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie.

Le RLISS du Nord-Est a financé l'établissement d'une ligne régionale de réconfort qui offre le soutien d'un usager aux personnes en détresse qui recherchent un soutien et un réconfort. La

ligne de réconfort est à la disposition des usagers des services de santé mentale à Sault Ste. Marie, Timmins, Sudbury, North Bay et Parry Sound.

Avec l'aide de GISC et du personnel du RLISS, les fournisseurs de services de santé mentale du Nord-Est ont mis en œuvre l'Évaluation commune des besoins en Ontario (ÉCBO) et le dossier d'évaluation intégré.

En 2011/2012, le RLISS a continué de travailler avec le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, le Centre régional de santé de North Bay et les services communautaires de santé mentale pour enfants pour adopter un modèle plus décentralisé de soins tertiaires de santé mentale pour enfants. Cette initiative continue d'évoluer et l'on anticipe que les lits seront décentralisés d'ici au mois de mars 2013.

En collaboration avec Horizon Santé-Nord et le chapitre de Sudbury de l'Association canadienne pour la santé mentale, le RLISS met en œuvre un service d'intervention en cas de crise au centre-ville de Sudbury. Cette initiative contribuera à éloigner les usagers en situation de crise de l'hôpital et diminuera le temps d'attente pour l'obtention d'une ordonnance portant décision pour les services policiers qui accompagnent les personnes atteintes de troubles mentaux. L'ACSM de Sudbury a reçu un financement pour embaucher deux travailleurs en intervention d'urgence qui travailleront étroitement avec le personnel d'intervention de l'hôpital.

Le RLISS travaille avec le CASC du Nord-Est pour embaucher 18 infirmières qui fourniront un soutien aux enfants dans onze conseils scolaires du Nord-Est.

Le RLISS continue de collaborer avec les petits hôpitaux pour cerner des procédures qui amélioreront la prestation de consultations psychiatriques et l'accès aux lits de santé mentale pour malades hospitalisés de l'annexe I, le cas échéant. Il tente actuellement de déterminer si l'établissement d'un registre de lits avec CritiCall est réalisable et utile dans le cas présent.

L'organisation mère d'Algoma (intégration de 13 fournisseurs de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances) a son premier conseil d'administration et sa charte. En mars 2012, elle a embauché ses premiers employés et a installé un bureau à Sault Ste. Marie.

Le nouveau groupe de consultation régional sur la santé mentale et les dépendances du RLISS du Nord-Est

Le nouveau groupe de consultation régional sur la santé mentale et les dépendances s'est réuni pour la première fois en mai 2012. Composé de membres provenant de divers endroits dans le Nord-Est, il conseillera le RLISS sur la mise en œuvre de la stratégie ontarienne décennale *Esprit ouvert, esprit sain* et sur d'importants problèmes régionaux en matière de santé mentale et de dépendances.

Stratégie de lutte contre le diabète

À titre de membre du centre de coordination régional des programmes de lutte contre le diabète, le RLISS continue de fournir son expertise et ses ressources pour aider les fournisseurs de services aux diabétiques à acquérir des ressources à l'appui de l'intégration des meilleures pratiques.

En avril 2011, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, dans le cadre de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète, a établi des centres de soins complexes aux diabétiques (CSCD) pour répondre aux besoins des personnes diabétiques ayant des besoins complexes. Dans le Nord-Est, Horizon Santé-Nord est le candidat choisi pour le programme régional. Depuis avril, le programme a aidé 161 patients actifs du Nord-Est de l'Ontario à obtenir des services complets pour diabétiques. Le CSCD continue de collaborer avec ses partenaires communautaires et le RLISS du Nord-Est pour mieux coordonner les soins dispensés aux diabétiques.

Le 14 octobre 2011, le RLISS a tenu le premier atelier régional sur la prévention et la gestion des maladies chroniques (PGMC). On a donné aux participants un aperçu des programmes associés à la PGMC, examiné l'accès aux services et les lacunes à cet égard et identifié les priorités connexes. L'atelier était destiné aux planificateurs des services de santé, aux hôpitaux, aux équipes de santé familiale, aux fournisseurs de services de santé, aux centres de santé communautaire et aux organismes associés aux maladies chroniques dans le RLISS du Nord-Est.

L'atelier a attiré 95 fournisseurs de services de santé. Un atelier de suivi aura lieu en octobre 2012; il comprendra un volet sur la prévention et la gestion des maladies chroniques chez les Premières nations et les Francophones.

Le RLISS dresse actuellement un inventaire des programmes de PGMC qui aidera les fournisseurs de services de santé et leurs clients à identifier les services offerts et les modèles de meilleures pratiques utilisés par différents programmes en matière de maladies chroniques.

L'année dernière, le programme d'autogestion d'Horizon Santé-Nord a offert une formation en autogestion à 65 personnes présentant un risque de contracter le diabète de Sudbury, Sheguindah, Sturgeon Falls, Massey et Elliot Lake. Il a également formé 125 fournisseurs de services de santé et fourni un mentorat à 22 fournisseurs de Sudbury, Sault Ste Marie, New Liskeard et Kirkland Lake. On prévoit organiser onze activités cette année, notamment des séances sur l'autogestion pour des communautés et des lieux de travail des Premières Nations.

Ressources humaines en santé

Le manque de services de soutien communautaire, le besoin d'intégration accru et l'importance de recruter et de retenir nos ressources humaines sont trois des 12 thèmes principaux des séances de participation communautaire exhaustives tenues par le RLISS du Nord-Est en 2011.

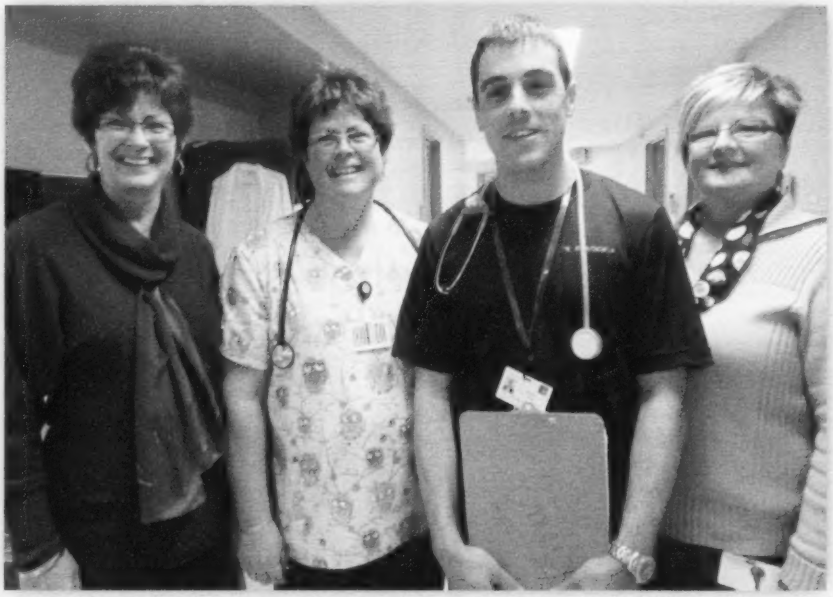
Le comité directeur de la planification des ressources humaines en santé du RLISS a cerné les orientations clés nécessitant une collaboration accrue :

- Services de recrutement communs / promotion de la carrière
- Planification / viabilité de la main-d'œuvre
    - Inventaire des RHS/prévision/système d'information sur les ressources humaines

    - Partenariats avec d'autres intervenants
    - Planification de la relève / fonctions communes
- Département virtuel des ressources humaines
- Utilisation de l'Agence de promotion et de recrutement de ProfessionsSantéOntario.

Le RLISS facilite la réalisation d'un plan d'action en réponse au *Rapport sur les métiers du secteur des services de soutien à la personne (2011)*. Le plan d'action énonce sept domaines stratégiques propices à des partenariats et une innovation accrus. Les stratégies préconisent un processus formel pour définir les lacunes de la formation de la main-d'œuvre; un plan de mise en œuvre d'une campagne de sensibilisation au rôle et à l'importance des préposés aux services de soutien à la personne; et les occasions de partenariat entre les fournisseurs de services de santé.

La main-d'œuvre en soins de santé du RLISS est estimée à 12 300 équivalents temps plein (ETP). Ce chiffre ne tient pas compte du personnel contractuel des nombreux FSS embauchés sous contrat par le CASC ou les nombreux médecins exerçant en cabinet privé.



Louise Paquette (à gauche), directrice générale du RLISS du Nord-Est, rend visite à l'infirmière Brenda Tabondonding, à l'infirmier en gestion des urgences gériatriques Nelson Jay et à l'infirmière responsable Patti Farris au West Parry Sound Health Centre.

Le RLISS a lancé un inventaire instantané des RHS pour être mieux renseigné sur les vacances et les projections en matière de main-d'œuvre. À l'heure actuelle, plus de 90 organismes participent à l'inventaire et celui-ci est utilisé à l'appui de la planification concertée des RHS à l'échelle de la région.

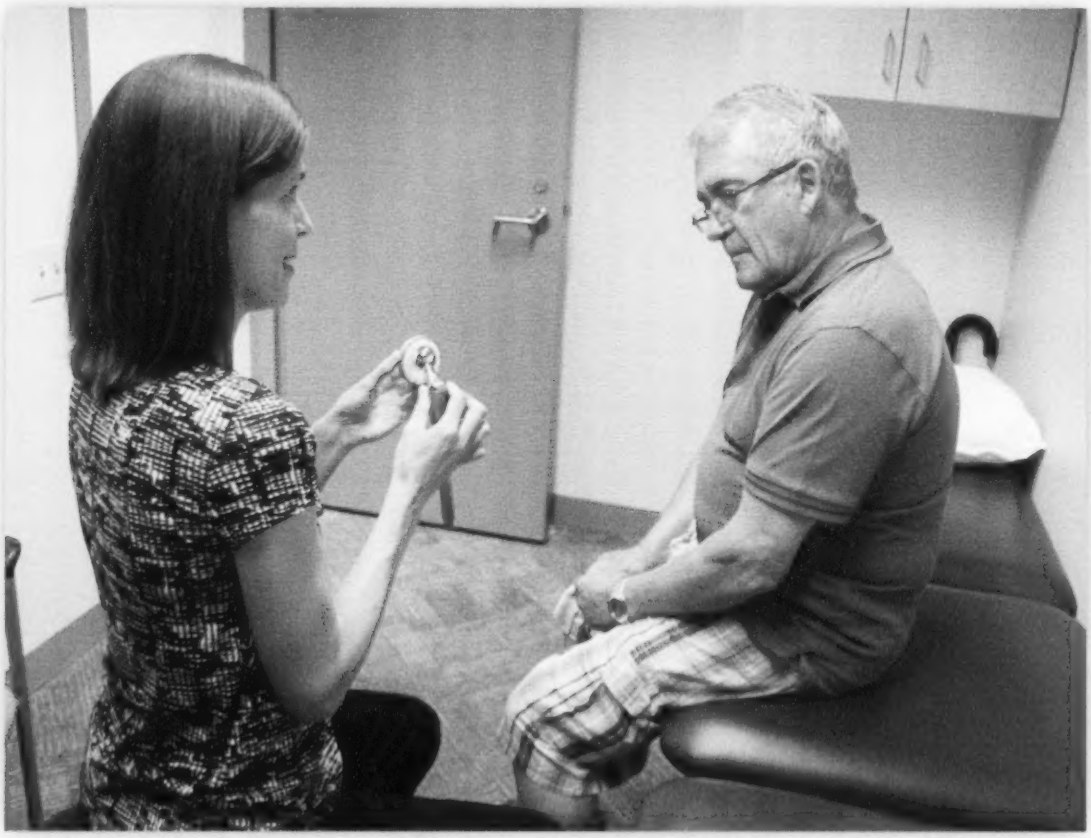
Optimisation des services chirurgicaux

Le comité directeur de l'optimisation des services chirurgicaux s'est réuni quatre fois l'an dernier et il s'est concentré sur les projets suivants :

Hanche et genou
Les cinq centres d'évaluation des articulations situés à Horizon Santé-Nord, au Centre régional de santé de North Bay, à l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie, à l'Hôpital de Timmins et du district et au West Parry Sound Health Centre sont entièrement opérationnels. Ils ont mis en œuvre un système d'acheminement et de suivi articulé sur le Web qui leur permettra de coordonner plus efficacement les acheminements et de recueillir les données nécessaires à la présentation de rapports.

Projet d'horaire de garde
L'élaboration d'un horaire de garde pour les spécialistes est en cours dans le Nord-Est. Trois éléments ont été identifiés comme étant essentiels à la mise en œuvre du projet : l'identification des lacunes sur le plan de la garde dans les domaines de spécialisation; l'adoption d'un ordonnanceur articulé sur le Web pouvant être adopté par les hôpitaux du RLISS; et l'établissement de normes de garde pour l'ensemble du Nord-Est.

Projet de chirurgie générale
Dirigé par l'Hôpital Notre-Dame Hospital de Hearst, ce projet porte sur l'élaboration d'un modèle visant à assurer la viabilité de la chirurgie générale dans la région. Pour faciliter l'élaboration du modèle, on a focalisé la grande région de Cochrane et l'on prévoit un élargissement à l'échelle du Nord-Est l'année prochaine. À ce jour, les responsables du projet ont rencontré les hôpitaux de la grande région de Cochrane qui offrent des services de chirurgie générale et les chirurgiens pour recueillir et valider les données chirurgicales. L'information porte sur la possibilité de consolider les activités de chirurgie générale selon les volumes, la clarification du rôle des petits hôpitaux, les normes de garde et les opportunités de recrutement. Les hôpitaux et les chirurgiens ont expliqué comment ils envisagent la mise en œuvre du modèle dans la grande région de Cochrane. Les travaux se poursuivent et au cours des prochaines réunions on confirmera un modèle et l'on entamera la mise en œuvre.



Tonia Cockburn, physiothérapeute de pratique avancée au Centre d'évaluation des articulations du Centre régional de santé de North Bay, en compagnie du patient George Lefebrve de Latchford.

Activités d'intégration du RLISS du Nord-Est

Le RLISS du Nord-Est continue de se concentrer sur les activités d'intégration qui démontrent une action, l'établissement de priorités et une planification coordonnée des services de santé. En 2012, les activités d'intégration suivantes ont eu lieu :

- On a tenu de nombreuses séances de participation dans le district de Temiskaming pour encourager une collaboration accrue entre les fournisseurs de services de santé d'Englehart, New Liskeard et Kirkland Lake. Un plan de réalignement sera présenté au conseil d'administration du RLISS du Nord-Est en juin 2012.

- On a tenu de nombreuses séances de participation dans les communautés de la grande région de Cochrane pour encourager une collaboration accrue entre les fournisseurs de services de santé. Un plan de réalignement sera présenté au conseil d'administration du RLISS du Nord-Est en juin 2012.

- Les fournisseurs de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances du district de Cochrane travaillent avec le RLISS du Nord-Est sur une entente de collaboration portant sur l'adoption d'un modèle pour l'intégration des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

- L'organisation mère d'Algoma, qui comprend actuellement 13 fournisseurs de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances et un hôpital de l'annexe I, a atteint un autre jalon avec la nomination de son premier conseil d'administration. Seuls les services financés par l'enveloppe de la santé mentale communautaire du RLISS du Nord-Est sont visés par ce projet, ce qui inclut plus de 100 services. L'organisation mère aura son bureau central à Sault Ste. Marie et des bureaux satellites à Algoma Nord et à Algoma Est.

- La fusion des hôpitaux de Thessalon et Matthew Memorial (MMH) et du Pavillon santé du district de Blind River a été approuvée en principe par les conseils d'administration de l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie et du Pavillon santé du district de Blind River. Un groupe de travail de Sault Ste. Marie examine les modalités de cette intégration et présentera des recommandations définitives au RLISS du Nord-Est en 2012.

La participation en action – Iroquois Falls, février 2012, séances sur le réalignement à Cochrane.

Analyse du rendement opérationnel du RLISS

Le RLISS du Nord-Est affichait un équilibre budgétaire à la fin de l'exercice 2011-2012. La présence de bureaux à North Bay, Sault Ste. Marie, Sudbury et Timmins a permis au personnel du RLISS de rencontrer plus souvent les fournisseurs de services de santé et les gens du Nord pendant l'année.

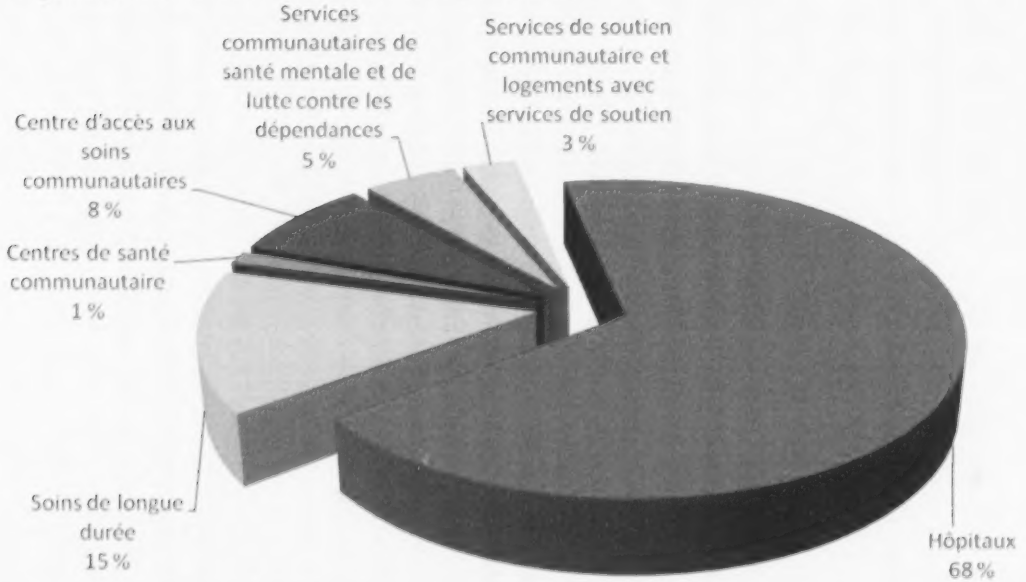
Grâce à de nombreuses séances de participation communautaire, nos 37 employés ont recueilli des renseignements qui ont permis au RLISS d'octroyer des fonds à des projets propices à une amélioration des soins aux patients et à une prestation plus intégrée et efficace des services aux gens. Les séances de participation nous ont également aidés à cerner les priorités pour 2012-2013 et à répondre aux besoins de santé des gens du Nord.

Notre RLISS a mis en place trois médecins responsables dans les domaines des soins aux malades en phase critique, des services des urgences et des soins primaires. Leur contribution et leur savoir aident le RLISS à prendre des décisions visant à améliorer la qualité et l'accessibilité des soins pour les gens du Nord.

L'amélioration des soins à l'extérieur des hôpitaux demeure une priorité pour notre RLISS et dans cet esprit nous continuons de nous attaquer au problème des autres niveaux de soins dans de nombreuses communautés. Le RLISS du Nord-Est a réussi à réduire les taux d'ANS : ceux-ci représentaient près de 41 % des journées de soins actifs au dernier trimestre de 2010-2011 et ont chuté à 25 % au troisième trimestre de 2011-2012 (nota – les jours sont accumulés selon les congés de patients).

Notre premier forum régional sur les maladies chroniques a souligné la nécessité de continuer à tenter d'améliorer l'état de santé dans notre RLISS et d'établir des maillages avec les soins primaires pour prévenir l'accroissement de ces maladies. Un deuxième forum aura lieu cet automne.

En 2011-2012, le RLISS du Nord-Est a investi 1,4 milliard de dollars dans les programmes et services de santé locaux.



États financiers du

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est

31 mars 2012

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est

31 mars 2012

Table des matières

Rapport de l'auditeur indépendant 1-2

État de la situation financière 3

État des activités financières 4

État de la variation de la dette nette 5

État des flux de trésorerie 6

Notes complémentaires 7-15

Deloitte

Deloitte & Touche s.r.l.
5140 Yonge Street
Suite 1700
Toronto (Ontario) M2N 6L7
Canada

Tél. : 416-601-6150
Téléc. : 416-601-6151
www.deloitte.ca

Rapport de l'auditeur indépendant

À l'intention des membres du conseil d'administration du
Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est

Nous avons effectué l'audit des états financiers ci-joints du Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est (le « RLISS »), qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2012 et les états des activités financières, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifiions et réalisions l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit.

Opinion

À notre avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du RLISS au 31 mars 2012, ainsi que des résultats de ses activités financières, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Deloitte & Touche s.r.l

Comptables agréés
Experts-comptables autorisés
Le 12 juin 2012

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est

État de la situation financière au 31 mars 2012

	2012	2011
	$	$
Actifs financiers		
Trésorerie	**360 696**	813 944
Montant à recevoir du Bureau des services partagés des RLISS (note 3)	**466**	1 632
Débiteurs	**16 431**	67 719
Montant à recevoir au titre de la TVH	**39 867**	109 806
Montant à recevoir du Ministère – fournisseurs de santé (note 7)	**7 992 935**	20 697 997
	8 410 395	21 691 098
Passifs		
Créditeurs et charges à payer	**358 087**	633 563
Montant à verser au Ministère et à cyberSanté Ontario (notes 10b et 10c)	**76 904**	360 216
Montant à verser aux fournisseurs de services de santé (note 7)	**7 992 935**	20 697 997
Apports de capital reportés (note 4)	**165 466**	226 144
	8 593 392	21 917 920
Engagements (note 13)		
Dette nette	**(182 997)**	(226 822)
Actifs non financiers		
Charges payées d'avance	**17 531**	678
Immobilisations (note 5)	**165 466**	226 144
	182 997	226 822
Surplus accumulé	**-**	-

Approuvé par le Conseil

_____, administrateur

_____, administrateur

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est

État des activités financières
pour l'exercice clos le 31 mars 2012

	2012		2011
	Budget (non audité) (note 6)	Montant réel	Montant réel
	$	$	$
Produits			
Financement fourni par le Ministère			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 7)	1 305 521 545	1 380 862 148	1 334 539 486
Activités du RLISS	5 002 882	5 002 882	4 919 443
Services de cybersanté (note 9a)	-	600 000	600 000
Financement de projets liés aux services de cybersanté	-	-	110 000
Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (note 9b)	-	72 000	-
Services de santé en français (note 9c)	296 800	296 800	209 900
Engagement auprès de la communauté francophone	-	-	186 400
Réseaux du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario (note 9d)	796 159	802 973	229 040
Chef de service des urgences (note 9e)	-	75 000	75 000
Chef des soins aux malades en phase critique (note 9f)	-	75 000	75 000
Engagement autochtone (note 9g)	100 000	100 000	100 000
Fonds de transition pour la santé des autochtones	-	-	146 590
Projet Interventions d'urgence – Autre niveau de soins (note 9h)	-	100 000	100 000
Chef des soins primaires (note 9i)	-	43 750	-
Amortissement des apports de capital reportés (note 4)	60 676	60 678	72 485
	1 311 778 062	1 388 091 231	1 341 363 344
Surplus au cours de l'exercice remboursé au Ministère (note 10)	-	(31 750)	-
Financement remboursable au Ministère et à cyberSanté Ontario (note 10)	-	(76 904)	(360 216)
	1 311 778 062	1 387 982 577	1 341 003 128
Charges			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 7)	1 305 521 545	1 380 862 148	1 334 539 486
Frais généraux et administratifs (note 8)	5 002 882	5 002 882	4 706 974
Services de cybersanté (note 9a)	-	539 451	600 000
Financement de projets liés aux services de cybersanté	-	-	76 977
Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (note 9b)	-	72 000	-
Services de santé en français (note 9c)	296 800	296 800	171 738
Engagement auprès de la communauté francophone	-	-	118 681
Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario (note 9d)	796 159	786 618	229 040
Chef de service des urgences (note 9e)	-	72 000	69 000
Chef des soins aux malades en phase critique (note 9f)	-	72 000	72 157
Engagement autochtone (note 9g)	100 000	100 000	100 000
Fonds de transition pour la santé des autochtones		-	146 590
Projet Interventions d'urgence – Autre niveau de soins (note 9h)	-	100 000	100 000
Chef des soins primaires (note 9i)	-	18 000	-
Amortissement des apports de capital	60 676	60 678	72 485
	1 311 778 062	1 387 982 577	1 341 003 128
Surplus de l'exercice et surplus accumulé à la fin	-	-	-

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est

État de la variation de la dette nette
pour l'exercice clos le 31 mars 2012

	2012	2011
	$	$
Surplus de l'exercice	-	-
Acquisition d'immobilisations corporelles	-	(83 439)
Amortissement des immobilisations corporelles	**60 678**	72 485
Augmentation des charges payées d'avance	**(16 853)**	(678)
Diminution (augmentation) de la dette nette	**43 825**	(11 632)
Dette nette au début	**(226 822)**	(215 190)
Dette nette à la fin	**(182 997)**	(226 822)

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est

État des flux de trésorerie
pour l'exercice clos le 31 mars 2012

	2012	2011
	$	$
Exploitation		
Surplus de l'exercice	-	-
Éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations	**60 678**	72 485
Amortissement des apports de capital reportés (note 4)	**(60 678)**	(72 485)
Variation des éléments sans effet sur la trésorerie du fonds de roulement		
Diminution du montant à recevoir du Bureau des services partagés des RLISS	**1 166**	3 337
Diminution (augmentation) des débiteurs	**51 288**	(67 719)
Diminution (augmentation) du montant à recevoir au titre de la TVH	**69 939**	(109 806)
Diminution (augmentation) du montant à recevoir du Ministère – fournisseurs de soins de santé	**12 705 062**	(16 584 656)
Diminution du montant à recevoir du Ministère – autres	-	235 000
Augmentation des charges payées d'avance	**(16 853)**	(678)
Diminution des créditeurs et charges à payer	**(275 476)**	(8 149)
(Diminution) augmentation du montant à verser au Ministère et à cyberSanté Ontario	**(283 312)**	63 224
(Diminution) augmentation du montant à verser aux fournisseurs de services de santé	**(12 705 062)**	16 584 656
	(453 248)	115 209
Dépenses en immobilisations		
Acquisition d'immobilisations	-	(83 439)
Financement		
Augmentation des apports de capital reportés (note 4)	-	83 439
(Diminution) augmentation nette de la trésorerie	**(453 248)**	115 209
Trésorerie au début	**813 944**	698 735
Trésorerie à la fin	**360 696**	813 944

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est

Notes complémentaires
31 mars 2012

1. Description des activités

Le Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est a été constitué par lettres patentes le 2 juin 2005 à titre de société sans capital-actions. Par suite de la sanction royale du projet de loi 36, le 28 mars 2006, il a poursuivi ses activités en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (la « *Loi* »), alors que le Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est (le « RLISS ») et ses lettres patentes étaient dissous. À titre de mandataire de l'État, le RLISS n'est pas imposé.

Le RLISS est mandataire de l'État et agit à ce titre uniquement. Les restrictions imposées au RLISS en ce qui a trait à certaines activités sont énoncées dans la *Loi*.

Le RLISS a pour mandat de planifier, de financer et d'intégrer le système de santé local dans une région géographique précise. Le RLISS couvre une région géographique clairement définie et permet aux collectivités locales et aux fournisseurs de services de santé de cette région de collaborer en vue de cibler les priorités locales, de planifier les services de santé et de les assurer de façon plus coordonnée. Le RLISS comprend la région du nord-est de l'Ontario. Le RLISS conclut des ententes de responsabilité avec des fournisseurs de services de santé.

Le RLISS est financé par la province d'Ontario, en vertu d'une entente de rendement des RLISS (l'« entente de rendement ») conclue avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») décrivant des arrangements budgétaires pris par le Ministère et établissant le cadre des responsabilités et activités du RLISS. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par le Ministère, et le RLISS ne peut approuver un montant excédant le budget consenti par le Ministère.

Le RLISS a pris en charge la responsabilité d'autoriser des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé, avec prise d'effet le 1er avril 2007. Les montants des paiements de transfert sont fondés sur les modalités prévues aux ententes de responsabilité conclues entre les divers fournisseurs et le RLISS. Au cours de l'exercice, le RLISS autorise le montant du paiement de transfert au Ministère qui, pour sa part, transfère le montant directement au fournisseur de services de santé. Les espèces liées au paiement de transfert ne transitent pas par le compte bancaire du RLISS. Avec prise d'effet le 1er avril 2007, tous les versements aux fournisseurs de services de santé de la région géographique desservie par le RLISS ont été imputés aux états financiers de celui-ci. Le financement attribué par le Ministère est comptabilisé à titre de produits, et un montant équivalent est passé en charges à titre de paiement de transfert aux fournisseurs de services de santé autorisés dans les états financiers du RLISS pour l'exercice clos le 31 mars 2012.

Les états financiers du RLISS n'incluent aucun programme géré par le Ministère.

Le RLISS est également financé par cyberSanté Ontario, en vertu d'une entente de paiement de transfert des RLISS (l'« entente de paiement de transfert ») conclue avec cyberSanté Ontario décrivant des arrangements budgétaires pris par cyberSanté Ontario. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par cyberSanté Ontario, et le RLISS ne peut approuver un montant excédant le budget consenti par cyberSanté Ontario.

2. Principales conventions comptables

Les états financiers du RLISS constituent des déclarations de la direction et sont dressés conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada pour les gouvernements, tels qu'ils sont établis par le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public (le « CCSP ») de l'Institut Canadien des Comptables Agréés (l'« ICCA ») et, s'il y a lieu, selon les recommandations du Conseil des normes comptables (le « CNC ») de l'ICCA, telles qu'elles sont interprétées par la province d'Ontario. Les principales conventions comptables adoptées par le RLISS sont les suivantes :

Méthode de comptabilité

Les produits et les charges sont présentés selon la méthode de la comptabilité d'exercice. Selon cette méthode, les produits sont constatés dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux produits surviennent et lorsque ceux-ci sont gagnés et peuvent être déterminés. Quant aux charges, elles sont constatées dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux charges surviennent, lorsque les charges sont engagées, que les ressources sont consommées et qu'elles peuvent être mesurées.

En vertu de la comptabilité d'exercice, les charges incluent les éléments sans effet sur la trésorerie comme l'amortissement des immobilisations et les pertes de valeur d'actifs.

Paiements de transfert gouvernementaux

Les paiements de transfert gouvernementaux versés par le Ministère sont comptabilisés dans les états financiers de l'exercice au cours duquel ils sont autorisés, lorsque les faits ayant donné lieu à leur versement sont survenus, que les critères de rendement sont respectés et que des estimations raisonnables des montants peuvent être faites.

Certaines sommes, incluant les paiements de transfert versés par le Ministère, sont reçues conformément à des lois, à des règlements ou à des conventions, et peuvent uniquement être utilisées aux fins de l'administration de certains programmes ou aux fins de l'achèvement de projets précis. Le financement est uniquement constaté à titre de produits dans l'exercice au cours duquel les dépenses connexes sont engagées ou les services connexes sont fournis. Certaines sommes reçues servent en outre à payer des dépenses relatives à des services n'ayant pas encore été fournis; elles sont comptabilisées à la fin de l'exercice au titre des montants à verser au Ministère.

Apports de capital reportés

Toute somme reçue et utilisée aux fins du financement de dépenses comptabilisées à titre d'immobilisations corporelles est constatée à titre d'apport de capital reporté et amortie à titre de produits sur la durée de vie utile de l'actif reflétant la prestation des services connexes. Le montant comptabilisé à titre de produits à l'état des activités financières est conforme à la politique d'amortissement s'appliquant aux immobilisations.

Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût historique, qui comprend les coûts directement liés à l'acquisition, à la conception, à la construction, au développement, à la mise en valeur ou à l'amélioration d'immobilisations. Les apports sous forme d'immobilisations sont comptabilisés à leur juste valeur estimative en date de l'apport. La juste valeur des apports sous forme d'immobilisations est estimée selon leur coût, leur valeur de marché ou leur valeur d'expertise, en fonction de celle qui convient le mieux. Lorsqu'il est impossible d'estimer la juste valeur des immobilisations, celles-ci sont comptabilisées à une valeur symbolique.

Les frais d'entretien et de réparation sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés, tandis que les améliorations permettant de prolonger la durée de vie utile ou d'augmenter la capacité d'une immobilisation de façon considérable sont immobilisées.

2. Principales conventions comptables (suite)

Immobilisations (suite)

Les immobilisations sont comptabilisées au coût moins l'amortissement cumulé et elles sont amorties sur leur durée de vie utile estimative comme suit :

Mobilier et agencements	5 ans (méthode linéaire)
Matériel informatique	3 ans (méthode linéaire)
Améliorations locatives	Durée du bail (méthode linéaire)

L'amortissement des immobilisations qui sont acquises et qui commencent à être utilisées en cours d'exercice est fourni pour un exercice complet.

Informations sectorielles

Un secteur est défini comme une activité distincte ou un groupe d'activités distinct, à l'égard de laquelle ou duquel il est approprié de présenter l'information financière séparément. La direction a établi que les informations déjà présentées dans l'état des activités financières et les notes complémentaires de l'exercice considéré et de l'exercice précédent sont adéquates en ce qui a trait aux secteurs pertinents et que, par conséquent, elle n'avait pas à présenter d'information additionnelle.

Utilisation d'estimations

La préparation d'états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada exige que la direction effectue des estimations et pose des hypothèses qui influent sur les montants déclarés des actifs et des passifs, sur l'information relative aux actifs et aux passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur les montants déclarés des produits et des charges au cours de l'exercice. Les résultats réels pourraient différer des estimations.

3. Opérations entre apparentés

Le Bureau des services partagés des RLISS (le « BSPR ») et la structure de collaboration entre les RLISS (la « CRLISS ») sont des divisions du RLISS de Toronto-Centre et sont assujetties aux mêmes politiques, lignes directrices et directives que le RLISS de Toronto-Centre. Le BSPR et la CRLISS sont responsables, au nom des RLISS, de la prestation de services à tous les RLISS. Le coût lié à la prestation de ces services est facturé à tous les RLISS. Toute tranche des charges d'exploitation du BSPR ou de la CRLISS payée en trop (ou impayée) par les RLISS en fin d'exercice est comptabilisée à titre de montant à recevoir du BSPR ou de la CRLISS (à verser au BSPR ou à la CRLISS). Ces modalités sont toutes prévues aux termes de la convention que le BSPR et la CRLISS ont conclue avec tous les RLISS.

4. Apports de capital reportés

	2012	2011
	$	$
Solde au début	**226 144**	215 190
Apports de capital reçus	**-**	83 439
Amortissement	**(60 678)**	(72 485)
Solde à la fin	**165 466**	226 144

5. Immobilisations

	Coût	Amortissement cumulé	2012 Valeur comptable nette	2011 Valeur comptable nette
	$	$	$	$
Mobilier et agencements	134 743	96 140	38 603	51 471
Matériel informatique	96 622	96 622	-	1 278
Améliorations locatives	985 125	858 262	126 863	173 395
	1 216 490	1 051 024	165 466	226 144

6. Chiffres du budget

Les budgets ont été approuvés par le gouvernement de l'Ontario. Les chiffres du budget présentés à l'état des activités financières reflètent le budget initial au 1er avril 2011. Ces chiffres ont été présentés pour que ces états financiers soient conformes aux principes de communication d'information du CCSP. Le gouvernement a approuvé des ajustements budgétaires au cours de l'exercice. Le tableau suivant présente les ajustements apportés au budget du RLISS au cours de l'exercice.

Le budget de financement d'exploitation total des fournisseurs de services de santé de 1 380 862 148 $ se compose des éléments suivants :

	$
Budget de financement initial des fournisseurs de services de santé	1 305 521 545
Ajustements en vertu d'annonces faites au cours de l'exercice	75 340 603
	1 380 862 148

Le budget d'exploitation total de 7 168 405 $ se compose des éléments suivants :

	$
Budget initial	6 195 841
Financement additionnel reçu au cours de l'exercice	972 564
Budget total	7 168 405
Amortissement des apports de capital reportés	60 678
	1 388 091 231

7. Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé

Le RLISS peut accorder un financement de 1 380 862 148 $ aux divers fournisseurs de services de santé situés dans la région géographique qu'il dessert. Les paiements de transfert accordés par le RLISS à divers secteurs s'établissent comme suit :

	2012	2011
	$	$
Gestion d'hôpitaux	**931 799 098**	920 963 491
Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales – hôpitaux publics	**239 625**	231 975
Centres de soins de longue durée	**201 330 568**	182 523 879
Centres d'accès aux soins communautaires	**115 762 445**	106 197 563
Services de soutien communautaires	**25 759 201**	25 190 467
Lésion cérébrale acquise	**2 424 099**	2 170 491
Soins à domicile dans des logements avec services de soutien	**14 043 889**	11 098 349
Centres de soins de santé communautaires	**16 736 495**	15 775 767
Programmes communautaires de soins de santé mentale	**51 687 216**	49 947 087
Programmes de lutte à la toxicomanie et au jeu compulsif	**21 079 512**	20 440 417
	1 380 862 148	1 334 539 486

Le RLISS reçoit du Ministère et de cyberSanté Ontario de l'argent qu'il répartit à son tour entre les fournisseurs de services de santé. Au 31 mars 2012, un montant de 7 992 935 $ (20 697 997 $ en 2011) devait être reçu du Ministère et versé aux fournisseurs de services de santé. Ce montant a été comptabilisé à titre de produits et de charges à l'état des activités financières, et il est inclus au tableau précédent.

8. Frais généraux et administratifs

Alors que l'état des activités financières présente les charges selon leur fonction, le tableau suivant présente ces mêmes charges par objet :

	2012	2011
	$	$
Salaires et charges sociales	**3 147 545**	2 671 788
HOOPP	**277 710**	252 040
Autres avantages sociaux	**324 458**	279 041
Frais de déplacements du personnel	**178 767**	190 375
Frais de déplacements des membres du Conseil	**18 524**	55 156
Communications	**66 264**	93 224
Frais d'hébergement	**195 058**	171 625
Publicité	**46 969**	18 092
Services bancaires	**-**	5
Honoraires de services-conseils	**50 659**	67 270
Location de matériel	**18 997**	16 085
Indemnités quotidiennes du président du Conseil	**21 375**	68 738
Indemnités quotidiennes des autres membres du Conseil	**17 510**	29 532
Assurances	**16 337**	17 307
Bureau des services partagés des RLISS	**382 525**	409 495
Structure de collaboration entre les RLISS	**26 971**	50 000
Autres charges liées aux réunions	**44 154**	36 987
Autres charges liées au Conseil	**36 440**	40 991
Frais d'impression et de traduction	**55 895**	68 855
Développement du personnel	**18 896**	20 778
Matériel de technologies de l'information	**20 895**	40 544
Fournitures et matériel de bureau	**24 995**	59 254
Autres	**11 938**	49 792
	5 002 882	4 706 974

9. a) Services de cybersanté

cyberSanté Ontario a octroyé un montant de 600 000 $ au RLISS. Le RLISS compte quatre employés à temps plein afin de prendre en charge les activités du bureau de gestion de projets liés aux services de cybersanté. En plus des charges salariales liées à ces employés, le RLISS a également engagé des coûts relativement aux projets dont ce groupe est responsable. Le montant total des charges engagées par le RLISS relativement aux services de cybersanté se chiffre à 539 451 $.

b) Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario

Le RLISS a reçu un montant de 72 000 $ du Ministère relativement au projet Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario afin d'améliorer les soins de santé offerts aux Ontariens qui présentent des comportements liés à une santé mentale complexe, à la démence ou à des problèmes neurologiques. Le total du montant du financement affecté à cette initiative s'élève à 72 000 $.

9. **(suite)**

c) Services de santé en français

Le RLISS a reçu du Ministère un montant de 296 800 $ aux fins des programmes Services de santé en français. Ces fonds ont permis au RLISS d'embaucher trois membres du personnel à temps plein pour travailler sur ce dossier. En outre, les fonds ont été utilisés pour couvrir les frais de déplacements et les autres charges liées au personnel. Le montant total des charges engagées relativement aux services de santé en français s'est établi à 296 800 $.

d) Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario

Le RLISS a reçu du Ministère un montant de 802 973 $ afin de financer l'exploitation du Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario. Le total des fonds engagés pour l'exercice 2011-2012 s'est établi à 786 618 $.

e) Chef de service des urgences

Le Ministère a octroyé un financement non récurrent de 75 000 $ au RLISS afin de payer au chef du service des urgences du RLISS un montant de 6 000 $ par mois majoré de ses dépenses. Le RLISS a engagé un médecin de la région comme chef du service des urgences et lui a versé un montant total de 72 000 $ pour l'exercice 2011-2012.

f) Chef des soins aux malades en phase critique

Le Ministère a octroyé un financement non récurrent de 75 000 $ au RLISS afin de payer au chef des soins aux malades en phase critique du RLISS un montant de 6 000 $ par mois majoré de ses dépenses. Le RLISS a engagé un médecin de la région comme chef des soins aux malades en phase critique et lui a versé un montant total de 72 000 $ pour l'exercice 2011-2012.

g) Engagement autochtone

Le Ministère a fourni un financement de base additionnel de 100 000 $ relativement à l'engagement du RLISS du Nord-Est auprès de la population et des organismes autochtones. Le montant total des charges payées au moyen de ce financement s'élève à 100 000 $.

h) Interventions d'urgence – Autre niveau de soins

Le Ministère a fourni un financement non récurrent de 100 000 $ afin d'aider le RLISS à couvrir la rémunération du chef de la performance du projet Urgences – ANS du Nord-Est. Le financement a entièrement été dépensé.

i) Chef des soins primaires

Le Ministère a octroyé un financement non récurrent de 43 750 $ au RLISS afin de payer au chef des soins primaires du RLISS un montant de 6 000 $ par mois majoré de ses dépenses dans le cadre du programme pilote lié au chef des soins primaires du RLISS. Le RLISS a engagé un médecin de la région comme chef des soins primaires et lui a versé un montant total de 18 000 $ pour l'exercice 2011-2012.

10. Financement remboursable au Ministère et à cyberSanté Ontario

En vertu de l'entente de rendement, le RLISS doit afficher un bilan équilibré à la fin de chaque exercice. Par conséquent, toute somme reçue à titre de financement excédant les charges engagées doit être remboursée au Ministère.

En vertu de l'entente de paiement de transfert, le RLISS doit afficher un bilan équilibré à la fin de chaque exercice. Par conséquent, toute somme reçue à titre de financement excédant les charges engagées doit être remboursée à cyberSanté Ontario.

a. Le montant remboursable au Ministère se compose des éléments suivants :

	Financement reçu	Charges admissibles	Excédent
	$	$	$
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé	1 380 862 148	1 380 862 148	-
Activités du RLISS	5 002 882	5 002 882	-
Amortissement des immobilisations	60 678	60 678	-
Services de cybersanté	600 000	539 451	60 549
Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario	72 000	72 000	-
Services de santé en français	296 800	296 800	-
Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario	802 973	786 618	16 355
Chef de service des urgences	75 000	72 000	3 000
Chef des soins aux malades en phase critique	75 000	72 000	3 000
Engagement autochtone	100 000	100 000	-
Urgences – Autre niveau de soins	100 000	100 000	-
Chef des soins primaires	43 750	18 000	25 750
	1 388 091 231	1 387 982 577	108 654

b. Le montant à verser au Ministère se compose des éléments suivants :

	2012	2011
	$	$
Solde au début	360 216	296 992
Montant du financement engagé au cours de l'exercice et remboursable au Ministère	31 750	14 500
Montant remboursé au Ministère	(391 966)	(164 902)
Montant pouvant être reporté à 2011	-	(146 590)
Montant du financement remboursable au Ministère (note 10a)	16 355	360 216
Solde à la fin	16 355	360 216

10. Financement remboursable au Ministère et à cyberSanté Ontario (suite)

c) Le montant à verser à cyberSanté Ontario se compose des éléments suivants :

	2012	2011
	$	$
Solde au début	**-**	-
Montant du financement engagé au cours de l'exercice et remboursable à cyberSanté Ontario	**-**	-
Montant remboursé à cyberSanté Ontario	**-**	-
Montant du financement remboursable à cyberSanté Ontario (note 10a)	**60 549**	-
Solde à la fin	**60 549**	-

11. Conventions de prestations de retraite

Le RLISS verse des cotisations au Healthcare of Ontario Pension Plan (le « HOOPP »), un régime interentreprises, pour le compte d'environ 39 membres de son personnel. Il s'agit d'un régime à prestations déterminées qui précise le montant des avantages de retraite devant être reçu par les employés en fonction de leur ancienneté et de leur salaire. Le montant des cotisations versées au HOOPP relativement au coût des services rendus au cours de l'exercice 2012 s'est établi à 348 703 $ (312 327 $ en 2011) et ce montant a été passé en charges dans l'état des activités financières. La dernière évaluation actuarielle du régime de retraite a été effectuée au 31 décembre 2011, date à laquelle le régime était entièrement capitalisé.

12. Garanties

Le RLISS est assujetti aux dispositions de la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Par conséquent, dans le cours normal de ses activités, le RLISS ne peut conclure d'entente prévoyant l'indemnisation de tiers, sauf conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques* et à la ligne directrice connexe sur l'indemnisation.

Le directeur général a bénéficié d'une indemnisation fournie directement par le RLISS conformément aux dispositions de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et conformément au chapitre 28 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*.

13. Engagements

Le RLISS a des engagements en vertu de divers contrats de location-exploitation visant des immeubles et du matériel jusqu'en 2016. Les paiements minimaux exigibles au titre de la location pour les quatre prochains exercices s'établissent comme suit :

	$
2013	218 289
2014	205 680
2015	160 786
2016	40 197

Le RLISS a aussi des engagements de financement envers des fournisseurs de services de santé liés par des ententes de responsabilité. Au 31 mars 2012, le RLISS avait conclu des ententes de responsabilité avec tous les hôpitaux pour le prochain exercice et avec tous les organismes communautaires pour les deux prochains exercices. Les montants réels qui seront ultimement versés sont conditionnels au financement réel reçu du Ministère.